Lane Medical Library

Aus der I. Med. Univ. Klinik der Charité (Direktor: Prof. Dr. R. Siebeck)
Erbpathologische Abteilung (Leiter: Professor Dr. F. Curtius).

STANFORD UNIVERSITY
JUL
6
1938
LIBRARY

Erbliche haemorrhagische Diathese bei eineiigen Zwillingen.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

vorgelegt von

Friedrich Wilhelm Bronisch
aus Barmen

Tag der Promotion: **8. Mai 1937**

M 62

HAMBURG 1937

H. Schimkus, Hamburg 36, Gänsemarkt 35

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Professor Dr. S i e b e c k

Referent: Prof. Dr. F. C u r t i u s

Korreferent: Professor Dr. S i e b e c k

Hämorrhagische Diathesen (h.D.) sind meines Wissens bei EZ. noch nie beschrieben; ausserdem ist die Pathogenese und Aetiologie der h.D. immer noch ein sehr dunkles Kapitel, deshalb dürfte die Mitteilung des vorliegenden Falles von allgemeinem Interesse sein:

Alfred und Hermann Z. geb. 14.9.1895.

Anamnese: die Mutter unterschied die Kinder dadurch, daß Hermann ein etwas längeres Gesicht hatte; stets hochgradige Aehnlichkeit.

Alfred:	Hermann:
	Mit etwa einem Jahr starke Quetschung des 3.,4.,5. Fingers der rechten Hand, die zu einer teilweisen Versteifung der Endphalangealgelenke geführt hat.
Keine Hauteiterungen während d.Kleinkinderzeit.	Seit Geburt sollen häufige Hauteiterungen an der Rumpfhaut bestanden haben. Zahlreiche Narben.
	Masern und andere Kinderkrankheiten sollen bei Hermann immer etwas stärker aufgetreten sein.
	Beide machten mit etwa 10 J. Ziegenpeter durch.
Seltenes und nicht so starkes Nasenbluten wie der Bruder.	Zwischen dem 5. u.8. Jahr häufiges starkes Nasenbluten, das spontan eintrat und lange dauerte. Auf den Rat einer alten Frau habe seine Mutter ihm Zwiebelstücke in die Nase gesteckt, worauf die Blutung zum Stehen gekommen sei. Das Nasenbluten habe später ganz aufgehört.
	Mit 6 Jahren kamen beide Kinder in die Dorfschule(1901). Nach 2 Jahren kamen beide in eine höhere Privatschule (1903).
Kam gleich in die Quinta.	Kam in die Sexta, er soll schwächer gewesen sein im Lernen als sein Bruder.
	Bei einer erneuten Umschulung in eine andere Privatschule, kam Hermann in die nächsthöhere Klasse, sodaß beide Brüder dann wieder in einer Klasse waren (Quarta).

Alfred:	Hermann:
	Mit 10 Jahren (1905) bekam er einen Stoss mit einer Deichsel gegen den Mund: alle Zähne waren danach lose, starke Blutungen, durch Kühlen Besserung. Die Zähne wurden wieder fest. In der Folge Wurzelvereiterung der oberen Zähne. Ein Dentist zog ihm in einer Sitzung 17 Zähne. Die danach entstandene Blutung konnte nur durch eine feste Tampo - nade von seiten eines Arztes gestillt werden. Pat. war durch den Blutverlust mindestens 2 Monate sehr elend.
Nach der Schulzeit in der Landwirtschaft tätig.	Nach der Schulzeit (1909) in der Landwirtschaft tätig; ihm fiel auf, daß er vor der Arbeit am Morgen gefrühstückt haben musste, sonst wurde er bis 2 Stun - den lang ohnmächtig. Nach dem Essen war alles wieder gut.
Beide am 10. September 1915 durch Schrapnellsteckschuß an der rechten Schulter verletzt; Geschoß im Januar 1916 aus dem Oberarm (dicht unter der Haut liegend) entfernt. Blutung fiel damals nicht auf. Mai 1916 Schweissdrüsenabszess linke Achsel - höhle; im Feldlazarett operiert. Blutung konnte nicht gestillt werden. Kam nach Deutschland zurück in ein Reservelazarett. Auf Gelatine und Serumspritzen Besserung.	Mai 1915 eingezogen.

Alfred:	Hermann:
Danach wieder ins Feld. Frühjahr 1916 beim Holzhacken 7 Zähne ausgeschlagen, keine übermäßig starke Blutung; meldete sich nicht krank.	März 1916 wegen Blutung nach Zahnziehen im Lazarett; dauerte 7-8 Tage.
1917 in französische Gefangenschaft bis 1920.	Juni 1916 in französische Gefangenschaft bis 1920. Kamen auf Antrag in ein Gefangenlager.
Seit 1921 kaufmännischer Angestellter. 1923 Heirat, Frau gesund. Ein Sohn, gesund, keine Fehlgeburten der Frau.	1921-1925 landwirtschaftlicher Inspektor; seitdem Kraftfahrer. 1935 Heirat, Frau gesund; ein Sohn, gesund.
1925 Schweissdrüsenabszess li. Lag 4 Wochen in der Klinik wegen starker Blutung. Anfangs Gelatine und Serumspritzen, nach 14 Tagen Bluttransfusion: kein Schüttelfrost. Danach nochmals starke Blutung aus Schweissdrüsenwunde, dann schloss sich nach 3 Tagen die Wunde.	1926 starke Blutung beim Zahnziehen. 1929 3 Tage Krankenhaus wegen starker Blutungen bei Zahnextraktion. 1932 wieder starke Blutung bei Zahnextraktion. 1931 im Krankenhaus wegen Blinddarmreizung. Operation wurde abgelehnt wegen der anamnestischen "Hämophilie" Therapie: Belladonna, Eisblase, Clauden, Calcium Sandoz, Diät.
Seither immer gesund.	1932 Febr.-Ende März wegen der gleichen Beschwerden Aufnahme in das gleiche Krankenhaus. Deutlicher Lokalbefund. Zunächst wieder konservative Therapie. Blutungszeit am 15.2. 1 1/2 Min., Gerinnungszeit: 15.2: 10 Min.- 17.2.: 30 Min.(!) 26.2.: 8 Min. Drängt auf Operation. 3.3. Bluttransfusion 250ccm. Danach leichter Schüttelfrost mit Temperatursteigerung.

Alfred: Hermann:

8.3. Operation. Dabei keine Blutungsneigung beobachtet. Appendix: Stenose im oberen Drittel; reichlich schleimiger Inhalt des unteren Drittels. Calcium i.v. 19.3. Keine Nachblutung. 14.3. Fäden entfernt. In der weiteren Umgebung der Narbe nach aussen zu, mehrere flächenhafte gelbliche Verfärbungen. 18.3. In der Narbenmitte markstückgrosses leicht prominentes Hämatom. 22.3. Hämatom gleich gross, aber weicher. 26.3. Hämatom noch pfenniggross. 29.3. In der Narbenmitte noch erbsengrosses Hämatom unter papierdünner Haut. Spaltung derselben. Entfernung eines erbsengrossen Blutgerinnsels. 31.3. geheilt entlassen.

Aehnlichkeitsbefund.

	Alfred:	Hermann:
Körpergrösse:	168cm	166,5cm
Körpergewicht(nackt):	73,5kg	69,4kg
Brustumfang:	103/95cm	97,5/91,5cm
Größte Kopflänge:	18,8 "	19,2 "
" Kopfbreite:	15,5 "	15,7 "
Längen-Breitenindex d. Kopfes:	82	81
Horizontalumfang d.Kopfes:	56,5cm	57,5cm
Ohrhöhe:	11,6 "	11,1 "
Morphologische Gesichtshöhe:	13,1 "	12,5 "
Ohrbreite li.:	3,9 "	4,2 "
" re.:	3,8 "	3,9 "
Ohrlänge li.:	7,2 "	7,3 "
" re.:	7,3 "	7,4 "
Blutgruppe:	0	0
Haarfarbe:	Schultz Nr 8/9	dgl.
Haarform:	schlicht	dgl.
Haaransatz:	sehr ähnlich, bei beiden Geheimratsecken.	
Haardichte:	grösser	
Ohrform:	sehr ähnlich	

	Alfred:	Hermann:
(Tragus, Antitragus, Incisura intertragica, Anthelix)		
Helix:		mehr ausladend
Darvin-Höcker re.:	+	+
" " li.:	ø	ø
Iris:	bei beiden Schultz Nr 1c. Sehr ähnlich. Bei beiden starke Kryptenbildung.	
Arcus senilis:	Hochgradig ähnlich in der Anordnung.	
Pinguecula:	" " bei beiden +.	
Irisnaevus:	ø	re. +(bei 6")
Augenbrauen:	In Form, Farbe und Dichte hochgradig ähnlich.	
Nasenbreite:	3,3cm	3,2cm
" länge:	5,8 "	5,9 "
Nasenform:	Sehr ähnlich.	
Mundform) Lippenform) Nasolabialfalten)	hochgradig ähnlich.	
Phlebektasien der Nasenflügel:	bei beiden +.	
Phlebektasien des Thorax (Rippenkranz), der Beine, des Nackens, des Kreuzbeins, Hämorrhoiden, senile Angiome:	" " +.	
Körperbau:	sehr ähnlich.	
Epigastrischer Winkel:	120°	90°
Körperbehaarung:	Auffallend spärliche Brustbehaarung (Abb..)	
Fettansatz:	stärker	
Appendektomienarbe:	+.	ø
Ichihara-Tafeln:	normal.	normal.

Alfreds Ernährungszustand ist wesentlich besser als der Hermanns.

Augenärztlicher Befund: (Priv. Doz. Dr. Vogelsang, Univ. Augenklinik der Charité, Berlin)

Alfred:	Hermann:
Presbyopie +1,0	Bds. Presbyopie + 1,0.
	Iris re.: Pupille entrundet, nach unten ausgezogen, an der untersten Ausziehung ein 1mm ausgedehntes Ektropium uveae. Darunter etwas über hirsekorngrosses, rundes, prominentes, scharf abgesetztes Herdchen von mehr gelblicher Farbe.

Der in dieser Form erstmalig bei EZ. festgestellte diskordante Befund wird von Herrn Priv. Doz. Dr. Vogelsang besonders dargestellt werden.

Interner Befund:

	Alfred:	Hermann:
Zähne:	bei beiden Prothesen.	
Rachen:	" "	o.B.
Dermographismus:	+	+
Schilddrüse:	bei beiden nicht tastbar.	
Lungen) Herz):	" "	o.B.
Blutdruck in mm Hg.:	120/75	120/80
Puls:	92	80
Arterien:	bei beiden	o.B.
Leib:	fettreich(Kugelbauch)	mager
Leber u. Milz:	nicht palpabel.	
Genitale:	bei beiden	o.B.
Neurologisch (eingehende Untersuchung):	" "	o.B.
Urin:	Eiweis, Zucker, Urobilinogen bei beiden negativ, Sediment bei beiden o.B.	
Blut: Senkungszeit:	2/5mm	2/5mm
WAR u. Nebenreaktionen:	negativ	negativ
Blut: Gerinnungszeit:	9'	7'
" (spätere Unters.)	5	4

	Alfred:	Hermann:
Blutungszeit:	5'20"	1'40"
" (spätere Unters.):	4'	2'
Hb.:	90%	90%
Thrombocyten:	134 000	230 000
Erythrozyten:	4,8 Mill.	4,8 Mill.
Leukozyten:	10.200	7.200
Eosinophile:	2%	4%
Stabkernige:	5%	2%
Segmentkernige:	63%	56%
Lymphozyten:	27%	35%
Monozyten:	3%	3%
Resistenz d.Erythroz.:		
Beginn d. Hämolyse:	bei 0,50% NaCl-Lösg.	bei 0,52% NaCl-Lösg
Komplette "	"0,3 % " "	" 0,34" " "
Bilirubin im Serum:	0,22mg%	0,22mg%
Cholesterin" "	208 " "	188 " "
Rumpel-Leede =Versuch	negativ	negativ

Zuckerbelastungsprobe:

Alfred:		Hermann:	
Zeit:	Traubenzucker mg%:	Zeit:	Traubenzucker mg%
nüchtern:	101	nüchtern:	94
100 gr Traubenzucker.			
nach 1/2 St.	163	nach 1/2 St.	171
" 1 "	165	" 1 "	173
" 1 1/2 "	132	" 1 1/2 "	152
" 2 "	125	" 2 "	136
" 2 1/2 "	120	" 2 1/2 "	120
" 3 "	61	" 3 "	63
" 3 1/2 "	81	" 3 1/2 "	83
" 4 "	83	" 4 "	74

Bei beiden normaler und sehr ähnlicher Verlauf.

Bemerkenswert sind folgende Daten aus der Familie:

1) Amalie Z. geb. P. geboren 1873, die Mutter der Probanden. Stets sehr starke Regelblutungen bis ins 50. L.J. Noch jetzt öfters Genitalblutun-

gen. Starke Geburtsblutungen, besonders bei der Zwillingsgeburt. Sonst gesund. Untersuchung nicht möglich (Polen).

2) Die Muttersmutter + 40 j. an Verblutung bei der Zwillingsgeburt.

3) August Z. Geboren 1851, + 1916. Landwirt. Nach Angabe der Witwe und der Söhne: bis zum 60 L. J. gesund, abgesehen von Reissen und grauem Star. Damals öfters dunkelblaue flächenhafte Hautblutungen verschiedener Körperstellen. Am 15.IV.1916 Beginn von Zahnfleischblutungen . Lockerung der vorher noch gut erhaltenen Zähne. Vom Arzt "Skorbut" festgestellt. 29.VIII. 1916 grosse Schwäche. Aus dem Darm Entleerung von übelriechendem Blut. 1.IX.1916 +.

Diagnose : haemorrhagische Diathese.

Die Familienuntersuchung war leider nicht möglich, weil fast alle Personen in Polen bezw. Amerika wohnen.

Sicher ist, daß der Vater an den Folgen einer in vorgerückterem Lebensalter manifest gewordenen h.D. gestorben ist. Ob es sich tatsächlich, wie angegeben wurde, um "Skorbut" handelte, möchten wir sehr bezweifeln; das Wahrscheinlichste ist die Annahme, daß es sich um eine endogene thrombopenische bezw. thrombopathische h.D. nach Art derjenigen der Söhne gehandelt hat. Sehr bemerkenswert ist der grosse Unterschied in der Manifestationszeit: bei dem Probanden etwa das 6., bei dem Vater etwa das 60. Lebensjahr! Die angebliche Genitalblutung bei der Mutter und Muttersmutter ist schwer zu beurteilen. Jedenfalls ist eine Haemophilie mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Auch eine im weitesten Sinne thrombopathische h.D. nach Art des Probandenleidens ist bei dem konstanten Fehlen von Haut- und Nasenbluten äusserst unwahrscheinlich. Daß die Blutungsneigung der Mutter bei der Entstehung des Pro - bandenleidens irgendwie genotypisch beteiligt ist, halte ich jedoch nicht für ausgeschlossen.

Bei der diagnostischen Beurteilung unserer Fälle können eine Reihe haemorrhagischer Diathesen mit Si-

cherheit ausgeschlossen werden, zunächst die Haemophilie: die Uebertragung des Leidens vom Vater (der ja offenbar gleichsinnig erkrankt war) auf die Söhne ist bei dem für Haemophilie sichergestellten recessiv-geschlechtsgebundenen Erbgang ausgeschlossen. Sie käme höchstens in Frage, wenn nicht nur der Vater krank, sondern auch die Mutter Konduktorin wäre. Da ihre Blutungsneigung jedoch garnicht in die Symptomatologie der Haemophilie hineinpasst, und da in ihrer Familie männliche Bluter nicht vorkommen, ist die Annahme einer Haemophilie bei ihr kaum möglich. Auch der ganze Krankheitsverlauf der Probanden spricht gegen Haemophilie: der Umstand, daß Schnittwunden im allgemeinen nicht besonders bluten, das Fehlen charakteristischer Symptome, z.B. von Gelenkblutungen, einer konstanten Gerinnungsverzögerung. Auch für eine symptomatische h.D. besteht kein Anhalt: eine Panmyelophthise(Frank's Aleukie) ist nach dem Blut - und Allgemeinbefund ebenso auszuschliessen wie andere Blutkrankheiten.(Leukämie, Polycythämie, Lymphogranulomatose).

Auch für eine h.D. auf sicher infektiöser Grundlage (Endocariditis, Sepsis usw.) ist keinerlei Anhalt gegeben. Schliesslich sind auch Avitaminosen wie Skorbut nach Befund und Anamnesen auszuschliessen, ebenso wie endogene (Leber- Nierenerkrankungen) und endogene Vergiftungen.

Eine rein vasculäre h.D. nach Art der Osler'schen Krankheit (Teleangiectasia hämorrhagica hereditaria) schaltet auch aus: die Brüder zeigen zwar einen mäßig entwickelten Status varicosus, dem man aber in diesem Alter in dieser Form so häufig begegnet, daß ihm keine erhebliche pathogenetische Bedeutung zugesprochen werden kann. Vor allem fehlt die charakteristische Anordnung der Gesichtsphlebektasien und venösen Angiome, wie wir sie bei Usler'scher Krankheit zu sehen gewohnt sind.

Schliesslich ist auch die sog. haemorrhagische Kapillartoxikose (Morbus-Schönlein-Henoch, "anaphylaktoide Purpura" Glanzmann's) mit Sicherheit auszuschliessen: Die Blutungen sind bei dieser Krankheitsgruppe meist klein, leicht stillbar, Schleimhautblutungen pflegen ganz oder fast ganz zu fehlen, es fin-

den sich fast stets urticarielle Dermatosen und rheumatoide Erscheinungen, Temperatursteigerungen usw.

Somit bleiben nur drei u.E. verwandte Syndrome zur differentialdiagnostischen Erwägung : die essentielle Thrombopenie (Werlhof'sche Krankheit), die hereditäre Thrombasthenie (Glanzmann) und die konstitutionelle Thrombopathie. (v.Willebrand-Jürgens).

Vergleicht man diese Krankheitsbilder mit dem unsrigen, so wird deutlich, daß das von uns beobachtete den Syndromen von Glanzmann und v.Willebrand-Jürgens mehr ähnelt als denjenigen der essentiellen Thrombopenie; bei den drei erstgenannten Syndromen handelt es sich um recht schwere, z.T. tödliche Erkrankungen auf ausgesprochen erblicher Grundlage, bei denen Thrombopenie und Kapillarschaden keine erhebliche Rolle spielen. Die Entscheidung, ob das Syndrom dem Glanzmann'schen oder v.Willebrand-Jürgens'schen Krankheitsbild zuzurechnen ist, ist schwierig. Einmal deshalb, weil das Leiden unserer Zwillingsbrüder offensichtlich in ein Latenzstadium getreten ist. Die Neigung zu periodischer Manifestation des Leidens und zum allmählichen Versiegen der Erkrankung mit zunehmendem Alter ist auch bei dem Glanzmann'schen und v.Willebrand-Jürgens'schen Syndrom beobachtet worden.

Der Blutungstyp, nämlich das Vorwiegen von Nasen- und Zahnfleischblutungen, ferner die Wurzelvereiterung bei Hermann (die allerdings möglicherweise mit dem Trauma zusammenhängt), die relative Lymphocytose, das Fehlen des Rumpel-Leede-Phänomens und von morphologischen Thrombocytenanomalien entsprechen den Beobachtungen von Willebrand-Jürgens. Die nur geringe Störung der Blutungszeit dagegen passt wieder nicht zu dem Krankheitsbild der Autoren.

Wir werden berücksichtigen müssen, daß verschiedene akzidentelle Erbfaktoren und verschiedene Umwelteinflüsse, vor allem aber, wie gesagt, das langsame Versickern des Krankheitsprozesses den ursprünglichen Typ verwischen können, sodaß wir also derartigen symptomatologischen Abweichungen keinen allzugroßen Wert beilegen möchten.

Dazu kommt, daß gerade bei der h.D. ein übertriebener nosographischer Schematismus fehl am Platze ist.

Dies hat einer der besten Kenner dieser Erkrankungen, P. Morawitz, wiederholt zum Ausdruck gebracht; er warnte davor, "durch unsere groben dogmatischen Einteilungsversuche in scharf voneinander geschiedene Krankheitsentitäten der ungeheuren Mannigfaltigkeit des Naturgeschehens" Gewalt anzutun; nimmt er doch selbst (u. E. mit gewichtigen Argumenten) pathogenetische Beziehungen zwischen Haemophilie und thrombopenisch - vasculären Diathesen an ! (L.c.D.42) Morawitz schliesst sein gehaltvolles Uebersichtsreferat mit einem Zitat Krehl's, der ebenfalls darin erinnert, "daß unsere verstandesmäßigen Klassifizierungen die Mannigfaltigkeit der Natur nie zu erschöpfen vermögen"; die Systematisierung von Naturvorgängen heisst: "sie beugen unter unsere eigenen dürftigen Begriffe".

Bemerkenswert ist noch der deutliche Konstitutionsunterschied der beiden Zwillingspartner. Hermann ist 1,5 cm kleiner und 4 kg leichter als Alfred. Der inspirat. Brustumfang beträgt bei Alfred etwa 6 cm mehr als bei Hermann. Der epig. Winkel beträgt bei Alfred 120°, bei Hermann 90°. Alfred hat einen kleinen Bauch und zeigt auch am übrigen Körper deutlichen Fettansatz. Bei gleichem Körperbautyp ist doch Alfred in einem wesentlich besseren Ernährungszustand.

Betrachten wir die Vorgeschichte, so zeigen sich auch hier schon früh bemerkenswerte gleichsinnige Unterschiede: Hermann allein litt als Kleinkind an langwierigen, starken Hauteiterungen (wohl Pyodermien), deren Narben noch jetzt den Rücken bedecken. Hermann soll alle Kinderkrankheiten schwerer durchgemacht haben als Alfred. Die ersten Symptome der h.D. begannen zwar gleichzeitig, waren aber zunächst bei H. stärker entwickelt. In späteren Jahren ist jedoch kein Unterschied in den Manifestationen der h.D. festzustellen. Dagegen erkrankte H. allein an einer Appendicitis, die trotz der starken Bedenken die Operation erforderlich machte. Bemerkenswert ist schließlich, daß H. gegenüber A. intellektuell und hinsichtlich seiner Gewandtheit und gesamten Lebensanpassung im Nachteil ist. Dies kommt u.a. in den Berufen zum Ausdruck: A. ist kaufmännischer Angestellter, H. städtischer Kraftfahrer.

Wir sehen also bei den Zwillingen ein neues Bei-

spiel für die Beobachtung, daß frühkindliche schwerere Infekte bei gleicher Erbanlage eine Dauerveränderung der Gesamtkonstitution bewirken; derartige Beobachtungen, wie sie früher u.a. von Curtius und Korkhaus mitgeteilt wurden, zeigen mit Nachdruck, daß der Konstitutionsbegriff Erbanlage und Umweltwirkung umfassen muss, um praktisch brauchbar zu sein.

Zusammenfassung.

Schilderung eines EZ-Paares mit dominant erblicher konkordanter haemorrhagischer Diathese; die in das Gebiet der thrombopatischen bezw. thrombastheni-schen h.D. gehört.

Die deutlichen Konstitutionsunterschiede beider Partner sind aus der Frühgeschichte zu verstehen. Sie geben einen neuen Hinweis auf die Bedeutung frühkindlicher Schäden bei der Konstitutionsgestaltung.

Schrifttum

Curtius u. Korkhaus : Klinische Zwillingsstudien Zeitschr.f.Konst.Lehre, 15 (1930)

Frank : Die haemorrhagischen Diathesen in Schittenhelm. Die Krankheiten des Blutes, Bln. 1925

Glanzmann : Hereditäre haemorrhagische Thromboasthenie. Jahrb.f.Kinderheilk.88(1918)

Jürgens : Beitrag zur Pathologie und Klinik der Blutungsbereitschaft. D.Arch.Klin.Med.123 (1933)

Jürgens : Verteilung der Eiweisskörper im Blut bei haemorrhagischen Diathesen. D.Arch.Klin.Med.171 (1931)

Kretz : Die haemorrhagischen Diathesen. Leipzig 1930

Morawitz : Haemorrhagische Diathesen. Verh.d.path.Ges.1925(1930)

M.B.Schmidt : Referat über die haemorrhagischen Diathesen. Verh.d.pathol.Ges.1925(1930)

v.Willebrand u.Jürgens : Ueber ein neues vererbbares Blutungsübel:die konstitutionelle Thrombopathie. D.Arch.Klin.Med.175 (1933)

Lebenslauf

Am 4. Februar 1912 wurde ich in Barmen geboren als jüngster von sieben Söhnen des damaligen Pfarrers, jetzigen Superintendenten Dr. Gotthelf Bronisch. In Züllichau besuchte ich von 1921 bis 1930 das Humanistische Gymnasium, an dem ich auch meine Reifeprüfung ablegte. Nach fünf vorklinischen Semestern (in Königsberg, Berlin und Göttingen) absolvierte ich im Juli 1932 in Göttingen die ärztliche Vorprüfung, um dann die klinische Studienzeit - abgesehen von einem Innsbrucker Semester - an der Universität zu Berlin zu verbringen; hier erledigte ich auch am Ende des Jahres 1935 das medizinische Staatsexamen. In meiner Medizinalpraktikantenzeit war ich einen Monat lang im Referendarlager Jüterborg tätig, um dann vom 1. Februar 1936 bis zum 31. Dezember 1936 an der I. Med. Universitätsklinik der Charité zu arbeiten, vorwiegend in deren neurologischem Institut. Der 1. Januar 1937 ist der Zeitpunkt meiner Bestallung.

Friedrich Wilhelm Bronisch.

* * *